

**INFORMAZIONI IMPORTANTI**

Le segnalazioni anonime non vengono prese in considerazione.

Per dare seguito alla pratica è necessario **inserire dati completi, corretti e leggibili, datare e firmare il modulo.**

Se si compila il modulo per conto di altri, è necessaria compilare la parte di **delega** e allegare **copia dei documenti d'identità** sia del delegato, che del delegante.

I dati riportati vengono trattati da ASST Cremona nel rispetto del **Regolamento Europeo n. 679/2016**. L'informativa completa è pubblicata sul sito www.asst-cremona.it.

Questo modulo può essere spedito a mezzo posta, e-mail o consegnato a mano all'Ufficio di Pubblica Tutela (recapiti a fondo pagina).

MI CHIAMO (Cognome/Nome) _____

Sono nato/a il _____ a _____ (Età _____)

Risiedo in Via/Piazza _____ CAP _____

Località _____ Tel/Cell _____

Professione _____ Scolarità _____ Sesso M F

E-mail _____ @ _____

SEGNALO QUANTO ACCADUTO

Per mio conto (diretto interessato)

In qualità di: **Genitore/tutore legale** **Familiare** **Amico/conoscente**

del Sig./Sig.ra (Cognome/Nome) _____

Nato/a il _____ a _____

NB. Allegare copia dei documenti d'identità sia del delegante che del delegato

LA STRUTTURA COINVOLTA È

Ospedale Cremona Servizi Territoriali di Cremona

Ospedale Oglio Po Servizi Territoriali di Casalmaggiore

NELLO SPECIFICO, IL REPARTO/SERVIZIO DI _____

